CHU MUSTAPHA

Service Gynéco-obstetrique

Chef de service Pr ADDAD

ANEMIE ET GROSSESSE

Dr BENKOUSSA



PLAN

I. Introduction-Definition
II. Modifications hématologiques de la grossesse
III. Besoins en fer durant la grossesse
IV. Différents types d'anémie
V. Facteurs de risques
VI. Diagnostic clinique
VII. Biologie
VIII. Répercussions de l'anémie (conséquences)
IX. Traitement

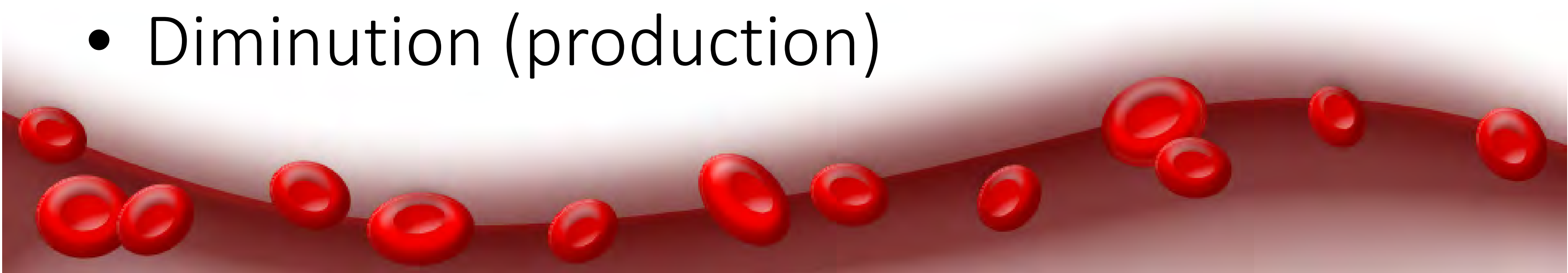


INTRODUCTION

- Pathologie fréquente
- Importance dépistage et traitement précoce
- Eviter mauvaise tolérance clinique, décompensation pathologie sous-jacente
- Taux hémoglobine correcte en fin de grossesse, fréquence hémorragie de la délivrance 2 à 9% (risque vital +++)



- Anémie= baisse de l’hémoglobine circulante (transport d’oxygène dans le globule rouge)
- Hématies: durée de vie de 120j
- Dénombrement des réticulocytes (précurseurs des GR), caractère régénératif ou non de l’anémie (>120 G/L)
- Augmentation (destruction)
- Diminution (production)



Définitions (selon OMS et CNGOF)

- Complication fréquente de la grossesse

> **➢Taux Hb < 11g/dl 1er et 3ème trimestre**
> **➢ < 10,5g/dl 2ème trimestre**
> **➢Hb < 10g/100mL en post-partum**

- Touche 10 à 30% des femmes enceintes
- Hémodilution physiologique (diminution du nb de GR et baisse physiologique de l'Hb 11,5g/dl)
- Carence martiale cause la plus fréquente



- Il est nécessaire de faire **le diagnostic de l'anémie au plus tôt dans la grossesse** afin de **pouvoir anticiper** les attitudes thérapeutiques.
- **Une numération formule plaquette** devrait être réalisée systématiquement **: au premier trimestre et durant le 6ème mois**



Modifications hématologiques de la grossesse

La grossesse entraine de profondes modifications de l'hémogramme .

En effet, il se manifeste une augmentation du volume plasmatique et ceci dès le 1er trimestre pour atteindre 30 à 50% en fin de grossesse. Néanmoins, l'augmentation de la masse plasmatique, (150% du volume initiale) est supérieure à celle de la masse globulaire (120% du volume initiale).



- Il en ressort une diminution du taux d'hémoglobine de l'ordre de 5 à 10%. Parallèlement, à partir du deuxième trimestre de la grossesse le taux d'hémoglobine peut être diminué sans qu'il y ait anémie ; il s'agit d'une augmentation du volume plasmatique sans élévation du volume globulaire ce qui est appelée : **fausse anémie par hémodilution**. Cette augmentation de la volémie est nécessaire pour subvenir aux besoins du foetus



- Et pour la définition de l'anémie ferriprive : un taux de ferritine sérique < 12 mg/l, traduisant un épuisement des réserves.
- Une ferritine inférieure à 30 µg/L est un indicateur de réserves diminuées chez les femmes enceintes avec une sensibilité de 90% et une spécificité de 90%.
- La numération formule sanguine (NFS) effectuée durant la grossesse est à interprétée en

fonction de l'hémogramme de la femme enceinte.



Besoins en fer durant la grossesse

Les besoins en fer varient de façon importante au cours des trois trimestres de la grossesse.

- ❖ Durant le premier trimestre les besoins diminuent dus à l'arrêt des pertes menstruelles et en sachant que l'augmentation de la masse globulaire ne débute qu'à la fin du premier trimestre.
- ❖ Au cours du deuxième trimestre les besoins vont augmenter de manière plus importante jusqu'à la fin de la grossesse.



Diagnostic étiologique

Volume Globulaire Moyen : 80 à 100 fl = normocytaire
< 80 fl = microcytaire
> 100 fl = macrocytaire

CCMH : 32 à 36 = normochrome
< 32 = hypochrome

Réticulocytes : < 100 .10^9 /l = non régénérative
> 100. 10^9 /l = régénérative



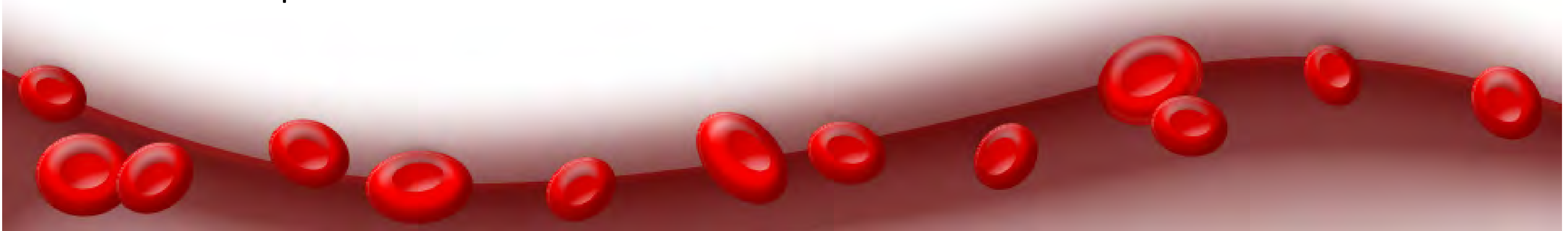
Différents types d'anémie

-L'anémie hypochromique microcytaire : évoque une carence martiale

- L'anémie macrocytaire normochrome : évoque une anémie par déficit en acide folique, diagnostiquée par l'abaissement du taux de folates.

- L'anémie macrocytaire mégaloblastique arégnérative : évoque une anémie par carence en vitamine B12

- L'anémie normochrome, normocytaire ou hypochrome microcytaire : évoque une anémie des processus inflammatoires chroniques.



Un deuxième type d'anémie survenant pendant la grossesse est associé à une hémoglobinopathie. Ce type de pathologie ne touche que certains types de populations.

Il s'agit ici de la drépanocytose et de la thalassémie.

La drépanocytose est une maladie héréditaire due à une particularité structurelle de l'hémoglobine et pouvant avoir des conséquences lors de l'hémolyse des globules rouges.

La thalassémie quant à elle est également une pathologie héréditaire qui se définie par un trouble de la synthèse de l'hémoglobine.



Facteurs de risques

- la multiparité
- l'allaitement prolongé
- les saignements antérieurs à la grossesse
- les régimes alimentaires carencés (femmes végétariennes, d'Afrique du nord)
- les âges extrêmes (< 18 ans ou > 40 ans), l'adolescence notamment
- les grossesses rapprochées (écart entre deux grossesses de moins d'un an)
- les grossesses multiples



- une mauvaise situation socio-économique
- les antécédents d'anémie ferriprive, gravidique ou pas
- la géophagie : l'argile absorbée par certaines ethnies (africaines…) empêchant l'absorption intestinale du fer et pouvant être responsable de carences martiales sévères
- un contexte hémorragique durant la grossesse (placenta prævia,métrorragies…)



Diagnostic clinique

Signes généraux :

- pâleur cutanéo-muqueuse
- pâleur des conjonctives
- asthénie physique et morale
- défaut de concentration, difficultés de mémorisation
- tendance dépressive



Conséquences de l'hypoxémie :

- réduction des performances musculaires
- crampes
- Dyspnée
- Tachycardie, angor d'effort
- fatigue excessive pour un effort modéré



Signes neurologiques : (par hypoxémie)

- Céphalées, vertiges
- Acouphènes

Autres signes associés :

- glossite
- dysphagie
- gastrite superficielle



Biologie

Examens complémentaires de première intention

- o VGM
- o Ferritenémie
- o Réticulocytes
- o + /- électrophorèse de l'hémoglobine selon origine si VGM <75 ou en seconde intention en l'absence de carence martiale



Résultats:

- taux hémoglobine <11g/dl,
- VGM <80,
- hématocrite abaissée
- Fer sérique et Ferritine abaissées

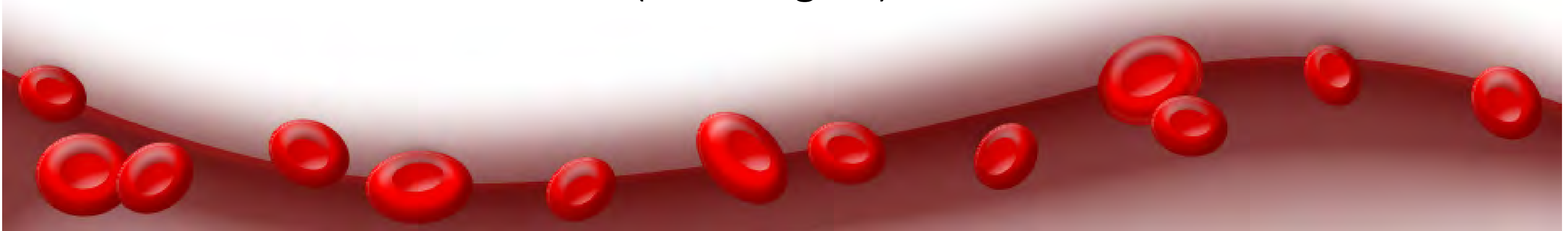


	Fer	Transferrine	Ferritine
Carence en fer	↓	↑	↓
Syndrome inflammatoire	↓	↓ **ou Normal**	↑
Thalassémie	↑**ou Normal**	**Normal**	**Normal**



Les signes évocateurs d'une anémie non ferriprive

- Antécédents personnels ou familiaux d'hémopathie.
- Syndrome tumoral hématologique : hépato-splénomégalie, adénomégalies.
- Ictère.
- Syndrome inflammatoire (fièvre, amaigrissement), signes d'hypothyroïdie.
- Macrocytose (VGM > 100 µ3).
- Anomalies associées des autres lignées : cytopénie ou cytoprolifération (en tenant compte de la thrombopénie et de l'hyperleucocytose physiologiques).
- Anémie sévère d'emblée (Hb < 9 g/dl).



Répercussions de l'anémie
(conséquences)

1. *Le retentissement maternel*

- Une mauvaise tolérance à l'hémorragie de la délivrance
- Diminue les moyens de défense contre l'infection
- Un risque thromboembolique



2. *Le retentissement fœtal*

- un taux élevé de naissances prématurées
- un RCIU
- une augmentation de la mortalité périnatale
- une augmentation du risque de prématurité
- une hypotrophie foetale



Traitement

- Le but du traitement est double, d'une part il s'agit de corriger l'anémie et d'autre part il s'agit de rétablir les réserves en fer.

1. ***Traitement martial:***

- L'anémie ferriprive modérée : **9 g/dL < Hb < 11 g/dL**

fer per os.

La dose recommandée est de 150 à 200 mg de fer élément par jour

et doit être poursuivie trois mois après la correction de l'anémie pour reconstituer les réserves



Il en existe plusieurs types:

- *Fumafer® (Fumarate ferreux) : comprimé à 200 mg soit 2 ou 3 comprimés par* jour
- *· Ferrostrane® (Férédétate de sodium) : sirop flacon de 125 ml : 3 à 6 cuillères à* café par jour
- *· Tardyferon® 80 mg (Sulfate ferreux) : comprimé à 8O mg 1 à 2 comprimé par* jour
- *· Tardyferon® B9 (Sulfate ferreux + acide folique) : Comprimé de 160 mg soit 1 à* 2 comprimé par jour



8g/ dL < Hb réserver aux anémies très sévères

à partir de 36 semaines et plus tôt s'il existe un risque d'accouchement prématuré.

9 g/dL et en cas de mauvaise observance ou en cas d'intolérance aux traitements en fer oraux: le traitement en *fer par voie intraveineuse*

le plus utilisé est le ***Venofer®*** *(Complexe de saccharate de fer III). Il se* présente sous la forme d'ampoule de 200 mg à renouveler une à deux fois



2. Traitement par les folates

5 à 15 mg par jour pendant 1 mois

OU Tardyferon® B9 : 1 comprimé par jour

- Contrôle de la NFS, ferritinémie à 4 semaines si traitement martial.
- Si fer injectable:

- pas de traitement par fer per os pendant 15 jours après la cure

- Contrôle NFS et réticulocytes 4 semaines après la cure



3. Traitement par Transfusion Sanguine *A adapter à la clinique et à discuter avec le médecin réanimateur.*

- réserver aux anémies très sévères(Hb< 8 g/dL) à partir de **36 semaines** et plus tôt s'il existe un risque d'accouchement prématuré.
- anémie par spoliation sanguine au cours de la grossesse (métrorragies, placenta prævia hémorragique…)
- avant le terme si l'accouchement ou la césarienne peuvent aggraver une situation déjà fragile (9 g/dL en cas de grossesse geméllaire)



- En post-partum : Hb post-opératoire < 7 g/dL
- En cours d'hémorragie : Hb < 10 g/dL

4.Traitement préventif

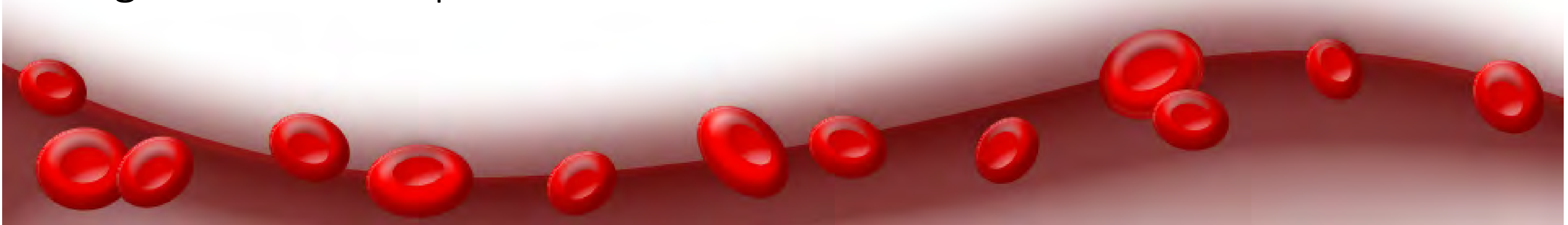
Dépistage précoce

Règles hygiéno-diététiques:

- ✓ alimentation équilibrée ;riche en vit C
- ✓ Limiter caféine

Repérer les situations a haut risque :

Délivrance dirigée forceps lésions périnéales travail rapide ou lent grossesse multiple



	TRAITEMENT PER OS	**TRAITEMENT PARENTERAL (Fer IV)**	**TRANSFUSION**
Au 1er trimestre	**Hb< 11 g/dl** Supplémenter en fer per os		
Au 6ème mois	**Hb > 11 g/dl :** ferB9 1cp/jour **10 g/dL< Hb < 11 g/dL :** ferB9 2cp/jour (en 2 prises) **9 g/dL < Hb < 10 g/dL** Tardyféron 80® 2 cp/jour (en 2 prises)	**8g/dL<Hb<9g/dL** Venofer®	**8g/dL<Hb<9g/dL** (Si mauvaise tolérance clinique ou juste avant l'accouchement) **8g/dL<Hb**
En fin de grossesse : à partir de 36 SA		**9g/dL<Hb<10g/dL** Si risque hémorragique important Si intolérance au fer per os	



Conclusion

Enfin, un dépistage dès le 1er trimestre apparaît donc essentiel pour permettre la mise en place d'une thérapeutique efficace afin de prévenir des risques materno-foetaux.



MERCI

